



1. Allgemeine Informationen

1.1 Informationen zur Klinik/Praxis

Name und Adresse

Name des behandelnden Arztes

Praxisstempel

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Nur so ist eine anschließende, sorgfältige Untersuchung der Reklamation möglich.

1.2.1 Reklamation

Datum des Vorfalls: _____

1.2.2 Genaue Beschreibung der Reklamation

2. Produktinformationen

Bitte füllen Sie für alle Produkte, die bei der Versorgung verwendet wurden, die dafür vorgesehenen Felder aus. Um implantatbezogene Reklamationen umfassend beurteilen zu können, bitten wir Sie, die verwendeten prothetischen Teile ebenfalls einzureichen. Diese erhalten Sie auf Wunsch nach Bearbeitung des Falles umgehend zurück.

Implantat		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:
Prothetik		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:
Knochenersatzmaterial		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:

3. Patienteninformation

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____

Initialen/Patientennr.: _____

3.1 Indikation & Diagnose - Basisindikation

Indikationsklasse I

- a) Einzelzahnücke Seitenzähne b) Einzelzahnücke Frontzähne

Indikationsklasse II

- a) Lückengebiss b) Freiendsituation
- Lücke ≤ 3 Zähne Zähne 6-8 fehlen
- Lücke > 3 Zähne Zähne 5-8 fehlen
- Zähne 4-8 fehlen

Indikationsklasse III

- a) Zahnloser Oberkiefer b) Zahnloser Unterkiefer

3.2 Genereller Gesundheitsstatus

- Allergien _____ Alkohol- oder Drogenmissbrauch Blutgerinnungsstörung
- Bruxismus Chemotherapie/Strahlentherapie Diabetes
- Mangelnde Mundhygiene Raucher
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme von _____
- Sonstiges _____

4. OP

4.1 OP-Daten

Regio der Implantation: _____

Implantationsdatum: _____

Datum der Freilegung: _____

4.2 OP-Technik / Verlauf der OP

Einbringen des Implantates manuell mit Drehmomentschlüssel mit Chirurgiemotor

Wurde der Versenker angewendet? nein ja

Wurde das Gewinde vorgeschritten? nein ja

Gab es Komplikationen bei der Aufbereitung des Implantatbettes? nein ja

Wenn ja welche: _____

War die Primärstabilität gegeben? nein ja

Wurde die Osseointegration erreicht? nein ja

Wurden Augmentationstechniken angewendet? nein ja

Wenn ja welche: _____

Welche Materialien wurden verwendet? _____

4.3 Post-OP Management

Wurden Antibiotika eingesetzt? nein ja

Wenn ja: Handelsname / Wirkstoff und Dosierung _____

War die prothetische Versorgung abgeschlossen? nein ja

Art der Prothetik: _____

Wie wurde die Prothetik angebracht? manuell Drehmomentratsche Chirurgiemotor

Mit wie viel Ncm wurde/n die Schraube/n angezogen? _____

Wurde die Zentralschraube nach 2 Wochen nachgezogen? nein ja

4.4 Prothetische Versorgung

In welche Art von Suprakonstruktion war das Implantat eingegliedert?

5. Ursachenanalyse

5.1 Stellungnahme

Bitte erläutern Sie, warum es Ihrer Meinung nach zu dem Vorfall kam.

5.2 Mögliche Gründe für den Verlust(nur bei Implantatverlust)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Granulation | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Knochenverlust |
| <input type="checkbox"/> Knochenbruch | <input type="checkbox"/> Narbengewebe | <input type="checkbox"/> Nervenkompression |
| <input type="checkbox"/> Periimplantitis | <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Unfall/Trauma |
| <input type="checkbox"/> Überbelastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |

5.3 Befunde beim Implantatverlust(nur bei Implantatverlust)

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

6.0 Bilder-Management

Bitte beachten Sie, dass bei Produktreklamationen bereits eingesetzter Implantate bzw. Prothetik-Komponenten immer ein OPG (Post-OP) eingereicht werden muss.

Sollten Sie über den hier beschriebenen Fall eine Fotodokumentation erstellt haben bitten wir Sie, diese beizufügen und zu den Fotos eine genauere Beschreibung abzugeben.

Bild:

Beschreibung:

Röntgen (obligatorisch)	
Ausgangssituation(Bild-ID)	
Klinik 1 (Bild-ID)	
Klinik 2 (Bild-ID)	
Klinik 3 (Bild-ID)	
Post-OP (Bild-ID)	

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Nach eingehender Prüfung erhalten Sie selbstverständlich Ersatz für das reklamierte Produkt, wenn sich ein Mangel an dem Produkt bestätigt. Falls Sie ein abweichendes Ersatzprodukt wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Unbedingt beachten: Alle Produkte müssen ungesäubert, aber steril verpackt sein. Für die Rücksendung sollte eine gepolsterte Versandtasche verwendet werden. Sollten Einzelteile wegen unzureichender Verpackung verloren gehen, erlischt die Garantie! Danke!

Dieser Diagnosebogen wurde von mir _____ zur Weiterleitung an die MCI GmbH entgegengenommen von Herrn/Frau _____ in _____ am _____. _____ Unterschrift
--

Unterschrift des Behandlers

Datum
